

6. OBLICZANIE GODZIN KONSULTACYJNYCH W ZAKRESIE KARMIENTA PIERSIĄ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT: Posługując się poniższą tabelą, prosimy samodzielnie udokumentować Pana/ Pani godziny spędzone w charakterze doradcy ds. karmienia piersią (godziny BC), zgodnie z opisem zawartym w *Informatorze dla kandydata*.

MIEJSCE PRACY	TYTUŁ / STANOWISKO	MIEJSCE i CHARAKTER PRACY / DOŚWIADCZENIE	miesiąc/ rok rozpoczęcia i zakończenia	tygodnie łącznie (bez urlopów)	średnia liczba godzin w tygodniu	Ogólna liczba przepracowanych godzin	% czasu jako BC	Ogólna liczba godzin BC
kolumna 1	kolumna 2	kolumna 3	kolumna 4	kolumna 5	kolumna 6	kolumna 7	kolumna 8	kolumna 9
1. Szpital Przyjazny Dziecku, Sztokholm, Szwecja	pielęgniarka/położna	Głównie oddział poporodowy, sporadycznie sala porodowa. Konsultacje „w cztery oczy” i 1 godzina tygodniowo szkolenia matek w zakresie karmienia piersią.	4/98 do 10/03	253tyg.	20 godz.	5060 godz.	40%	2024 godz.
2. Breastbest Hospital Dubai, UAE	położna, wykładowca w szkole dla rodziców	Szpital Przyjazny Dziecku, oddział noworodkowy, osoba odpowiedzialna za karmienie piersią noworodków specjalnej troski, 8 godzin tygodniowo w poradni laktacyjnej	8/04 do 8/05	46 tyg.	38 godz.	1748 godz.	60%	1049 godz.

Nazwisko osoby nadzorującej, która może potwierdzić* część lub całość godzin BC: _____	ŁĄCZNA LICZBA GODZIN KONSULTACYJNYCH (BC):	
---	---	--

Stanowisko/tytuł osoby nadzorującej..... Telefon osoby nadzorującej..... Kontakt email do osoby nadzorującej..... * proszę zanaczyć gwiazdką godziny BC, do których odnosi się osoba nadzorująca	WYMAGANA LICZBA GODZIN BC MUSI BYĆ PRZEPRACOWANA DO DATY ZŁOŻENIA FORMULARZA
---	---

7. OBLICZANIE GODZIN PROFESJONALNEGO SZKOLENIA W ZAKRESIE KARMIENTA PIERSIĄ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT:

Posługując się poniższą tabelą, prosimy udokumentować co najmniej 45 godzin profesjonalnych szkoleń w zakresie laktacji i postępowaniu w karmieniu piersią, w których brał / brała Pan / Pani udział w ciągu ostatnich pięciu lat. Prosimy załączyć fotokopie dyplomów uczestnictwa lub innej dokumentacji. Prosimy upewnić się, że lista zawiera minimum 45 godzin szkolenia. Szkolenia muszą być ukończone w momencie składania wniosku. Szczegółowe informacje zawiera *Informator dla kandydata*.

DATA	MIEJSCE	TYTUŁ SESJI/PROGRAMU/KURSU	WYKŁADOWCA	Certyfikat dołączony?	Godziny lub punkty L CERP
15/8/07	Goode Hospital, Bristol UK	Niski przyrost masy ciała niemowlęcia karmionego piersią	Sue Milk, IBCLC i Ann Pump ,IBCLC	tak	5.5 godz.
02-06 2009	Hong Kong	Laktacja i karmienie mlekiem kobiecym	Światowe kursy karmienia piersią	tak	28 L CERP
ŁĄCZNA LICZBA GODZIN SZKOLENIA W ZAKRESIE KARMIENTA PIERSIĄ Z OSTATNICH 5 LAT, UKOŃCZONA W MOMENCIE SKŁADANIA WNIOSKU W WYMIARZE MINIMUM 45 GODZIN:					

8. CHARAKTER GŁÓWNEGO MIEJSCA PRACY:

Prosimy zakreślić tylko **JEDEN** opis, najlepiej oddający charakter Pana/ Pani aktualnego miejsca pracy:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Szpital położniczy (wszystkie odcinki) | <input type="checkbox"/> 6 Poradnia D, K | <input type="checkbox"/> 11 Praktyka lekarska |
| <input type="checkbox"/> 2 Szpital – tylko odcinek poporodowy | <input type="checkbox"/> 7 Praca w środowisku | <input type="checkbox"/> 12 Prywatna praktyka laktacyjna |
| <input type="checkbox"/> 3 Szpital ogólny | <input type="checkbox"/> 8 Poradnia rodzinna | <input type="checkbox"/> 13 Grupa wsparcia matek |
| <input type="checkbox"/> 4 Szpital dziecięcy | <input type="checkbox"/> 9 Dom małego dziecka | <input type="checkbox"/> 14 Instytucja szkoleniowa |
| <input type="checkbox"/> 5 Oddział intensywnej opieki noworodka | <input type="checkbox"/> 10 Centrum porodowe/porody domowe | <input type="checkbox"/> 15 Niezależny wykładowca |
| <input type="checkbox"/> 16 Inne (prosimy opisać) | | |

9. AKTUALNE MIEJSCE PRACY:

Nazwa i adres aktualnego miejsca pracy, włącznie z jednostką organizacyjną lub lokalizacją (np. oddział szpitalny, przychodnia):

10. DANE BIOGRAFICZNE:

Prosimy zaznaczyć jedną lub więcej kraterk odpowiadających Pana/ Pani wykształceniu w dziedzinie opieki zdrowotnej:

- 1 IBCLC (kiedykolwiek uzyskany certyfikat)
- 2 Licencjat z pielęgniarstwa
- 3 Pielęgniarka dyplomowana
- 4 Położna dyplomowana
- 5 Pielęgniarka pediatryczna
- 6 Położna/pielęgniarka środowiskowa
- 7 Asystentka pielęgniarstwa
- 8 Dietetyk, rehabilitant, logopeda lub fizjoterapeuta
- 9 Lekarz
- 10 Akredytowany doradca/lider grupy wsparcia
- 11 Inne (proszę opisać) _____

Prosimy zaznaczyć jedną kratkę odpowiadającą *najwyższemu* poziomowi Pana/ Pani wykształcenia w dowolnej dziedzinie:

- 1 Doktorat z _____
- 2 Magisterium z _____
- 3 Licencjat z _____
- 4 Dyplom ukończenia _____
- 5 Liceum Medyczne/Medyczne Studium - Zawodowe _____
- 6 Inne (proszę opisać) _____

11. SYTUACJE INDYWIDUALNE:

Patrz *Informator dla Kandydata*.

- Proszę o szczególne udogodnienia z tytułu inwalidztwa. Załączam dodatkowe informacje i dokumentację potwierdzającą mój stan.
- Mogę wymagać szczególnych udogodnień w dniu egzaminu ponieważ jestem w ciąży. Termin porodu: _____
- Będę zdawać egzamin w języku innym niż angielski. Zdaję sobie sprawę, że jeśli nie będzie wystarczającej liczby kandydatów, chcących zdawać egzamin w moim języku, nie będzie możliwości przystąpienia do egzaminu. W takiej sytuacji będę mógł/mogła ubiegać się o pełny zwrot opłaty egzaminacyjnej lub możliwość zdawania w języku angielskim.
- Proszę o możliwość korzystania ze słownika dwujęzycznego. Zdaję sobie sprawę z konieczności okazania go do kontroli komisji egzaminacyjnej przed rozpoczęciem egzaminu.

12. WYMAGANE PYTANIA:

Prosimy odpowiedzieć na wszystkie 5 zamieszczonych poniżej pytań, zakreślając za każdym razem odpowiedź, dotyczącą Pani/Pana osoby, zgodnie ze stanem faktycznym. Jeśli na którekolwiek z tych pytań odpowie Pani/ Pan „Tak”, prosimy o zamieszczenie poniżej stosownego wyjaśnienia. Gdyby potrzebne były dodatkowe informacje, IBLCE zwróci się o nie do Pani/Pana z zagwarantowaniem poufności. Brak odpowiedzi na jedno lub więcej pytań lub brak stosownego wyjaśnienia do odpowiedzi „Tak” opóźni procedurę rozpatrywania zgłoszenia.

- (1) Czy w ciągu ostatnich dziesięciu (10) lat była/był lub wciąż jest Pani/Pan uzależniona/-y od alkoholu, narkotyków, leków lub innych substancji, które upośledzają albo ograniczają, lub nie leczone mogłyby upośledzać albo ograniczać w przyszłości, fizycznie lub psychicznie Pani/Pana zdolność, w stopniu większym niż nieznacznym, do wypełniania podstawowych obowiązków (lista w pkt. 3 poniżej) pracownika służby zdrowia, konsultanta laktacyjnego lub doradcy karmienia piersią?
- tak nie**
- (2) Czy aktualnie cierpi Pani/Pan na jakąkolwiek chorobę fizyczną lub psychiczną, która może upośledzać, ograniczać lub nie leczona mogłaby upośledzać czy ograniczać, Pani/Pana zdolność, w stopniu więcej niż niezacznym, do wypełniania podstawowych obowiązków (lista w pkt. 3 poniżej) pracownika służby zdrowia, konsultanta laktacyjnego lub doradcy karmienia piersią?
- tak nie**
- (3) Czy kiedykolwiek był (-a) Pani/ Pan skazana (-y) za jakiegokolwiek przestępstwo (pomijając drobne wykroczenia drogowe), które jest z natury związane i szczególnie istotne dla oceny Pani/Pana wiarygodności i zdolności do wypełniania jakiegokolwiek z podstawowych obowiązków pracownika służby zdrowia, konsultanta laktacyjnego lub doradcy karmienia piersią? Do tych obowiązków zalicza się: (1) dochowanie tajemnicy pacjenta/klienta; (2) obowiązek działania z należytą sumiennością; (3) obowiązek świadczenia kompetentnych usług; (4) obowiązek zachowania integralności jednostki (5) obowiązek przekazywania informacji do systemu służby zdrowia w sposób prawdziwy i wyczerpujący; (6) obowiązek przestrzegania standardów zawodu konsultanta laktacyjnego; (7) obowiązek dokonywania niezależnego, profesjonalnego osądu i unikania konfliktu interesów; (8) obowiązek podporządkowania się przepisom dyscyplinarnym IBLCE; i (9) obowiązek upowszechniania, ochrony i wspierania karmienia piersią.
- tak nie**
- (4) Czy kiedykolwiek złożono przeciwko Pani/ Panu skargę, z powodu której wszczęto postępowanie dyscyplinarne lub odszkodowawcze i/lub odebrano Pani/Panu wcześniej przyznane uprawnienia zawodowe lub biznesowe, w związku z Pani/Pana działaniem, poradą, kompetencją lub niekompetencją jako pracownika służby zdrowia, konsultanta laktacyjnego lub doradcy karmienia piersią czy osoby uczestniczącej w pracy w służbie zdrowia (włącznie z nieograniczonymi do miejsca pracy skargami rozpatrywanymi przez organa administracji, radę nadającą jakiegokolwiek uprawnienia, izbę zawodową, organ mediacyjny, arbitrażowy lub inny trybunał)?
- tak nie**
- (5) Czy aktualnie toczy się wobec Pani/Pana postępowanie dotyczące skargi, z powodu której wszczęto lub zostanie wszczęte postępowanie dyscyplinarne lub odszkodowawcze mogące zakończyć się odebraniem Pani/Panu wcześniej przyznanych uprawnień zawodowych lub biznesowych, w związku z Pani/Pana działaniem, poradą, kompetencją lub niekompetencją jako pracownika służby zdrowia, konsultanta laktacyjnego lub doradcy karmienia piersią czy osoby uczestniczącej w pracy w służbie zdrowia (włącznie z nieograniczonymi do miejsca pracy skargami rozpatrywanymi przez organa administracji, radę nadającą jakiegokolwiek uprawnienia, izbę zawodową, organ mediacyjny, arbitrażowy lub inny trybunał)?
- tak nie**

ODPOWIEDZI DO WYMAGANYCH PYTAŃ: Jeśli na którekolwiek z powyższych pytań odpowiedział(a) Pani/Pan „Tak”, prosimy o wpisanie poniżej stosownego wyjaśnienia dla swojej odpowiedzi.

WARUNKI: Prosimy uważnie przeczytać to oświadczenie, po czym podpisać je i wstawić dzisiejszą datę. Wszelkie spory wynikłe w związku z niniejszym oświadczeniem będą rozpatrywane przez sąd hrabstwa Fairfax w stanie Virginia, USA. Brak daty i/lub podpisu na dole strony opóźni procedurę rozpatrywania zgłoszenia.

PRAGNĘ UBIEGAĆ SIĘ o dopuszczenie do egzaminu na konsultanta laktacyjnego IBCLC. Przyjmuję do wiadomości, że egzamin jest przeprowadzany tylko jeden raz w danym roku (w ostatni poniedziałek lipca), wyłącznie w formie pisemnego testu wielokrotnego wyboru z jedną prawidłową odpowiedzią.

ZAŚWIADCZAM, że informacje podane przeze mnie w niniejszym zgłoszeniu są wyczerpujące i zgodne z prawdą.

ZDAJĘ SOBIE SPRAWĘ, że moje zgłoszenie może być odrzucone. Jeśli zgłoszenie będzie odrzucone, będę zobowiązana/y do dostarczenia uzupełniających informacji, potwierdzających spełnianie przeze mnie kryteriów kwalifikacyjnych. Zdam sobie sprawę, że jeśli dostarczone informacje i dokumenty nie będą wystarczające, nie będę dopuszczona/y do egzaminu IBLCE.

AKCEPTUJĘ koszty egzaminu IBLCE, terminy składania zgłoszeń i zasady ogólne dotyczące zgłoszenia do egzaminu, płatności i trybu odwoławczego podane właściwych dla mojego kraju materiałach zgłoszeniowych IBLCE. Zdam sobie sprawę, że w przypadku niedostosowania się do tych zasad, będę ponosić konsekwencje, w tym np. dodatkowe opłaty lub skreślenie z listy kandydatów.

WYRAŻAM ZGODĘ, aby w przypadku pomyślnego zdania egzaminu moje nazwisko znalazło się na liście dyplomowanych konsultantów laktacyjnych IBCLC, a IBLCE w ochronie interesu publicznego zachowało prawo do przeprowadzania weryfikacji certyfikowanych osób.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ utrzymywać wysoki standard i prestiż Konsultanta Laktacyjnego IBCLC, podporządkowując się *Kodeksowi Etycznemu Konsultanta Laktacyjnego IBCLC, Zakresowi Praktyki IBCLC, Kompetencjom Klinicznym Praktyki IBCLC, i Wytycznym ds. Dokumentacji IBCLC*. Ponadto zdam sobie sprawę, że IBLCE jest jedyną instytucją władną interpretować i zarządzać treścią wyżej wymienionych publikacji.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ podporządkować Procedurom Dyscyplinarnym IBLCE w przypadku jakiegokolwiek naruszenia zasad *Kodeksu Etycznego Konsultanta Laktacyjnego IBCLC, Zakresu Praktyki IBCLC, Kompetencji Klinicznym Praktyki IBCLC, i Wytycznych ds. Dokumentacji IBCLC*. Ponadto, w razie wszczęcia postępowania przeciwko mojej osobie, zdam sobie sprawę z obowiązku uczestnictwa i współpracy w tym procesie.(Kopie powyższych publikacji znajdują się na www.iblce.org).

ŚWIADOMOMIE I DOBROWOLNIE ZRZEKAM SIĘ wszelkich praw, przysługujących mi w świetle prawa, do domagania się, przeglądania lub otrzymywania jakichkolwiek szczegółowych informacji dotyczących formy lub treści dowolnego pytania lub obrazu, bądź treści fotografii stanowiących część banku pytań egzaminacyjnych IBLCE, ponieważ rozumiem konieczność utajnienia tych informacji przez IBLCE w celu zachowania integralności procedury egzaminacyjnej.

AKCEPTUJĘ FAKT, że po zapoznaniu się z moim zgłoszeniem i dołączoną do niego dokumentacją, IBLCE może zasięgać dodatkowych informacji, jakie uzna za stosowne w celu weryfikacji dostarczonych przeze mnie danych oraz upewnienia się, że mój charakter i sprawność fizyczna umożliwiają mi podjęcie praktyki konsultanta laktacyjnego. Rozumiem, że mogę być zdyskwalifikowana/-y z powodu zachowań niemoralnych, nieprofesjonalnych, nieuczciwych lub sprzecznych z tymi, które obowiązują w praktyce konsultanta laktacyjnego.

ZDAJĘ SOBIE SPRAWĘ Z FAKTU, że IBLCE uznaje dobry stan zdrowia psychicznego za wstępny i nieodzowny warunek certyfikacji, włączając w to aktualny brak nie leczzonej lub nie kontrolowanej choroby psychicznej, upośledzającej lub ograniczającej zdolności kandydata do praktykowania jako konsultant laktacyjny w kompetentny i profesjonalny sposób, a także brak ryzyka nawrotu jakiejkolwiek wcześniejszej choroby psychicznej tego typu.

ZDAJĘ SOBIE SPRAWĘ Z FAKTU, że pierwszym i nadrzędnym sposobem, w jaki IBLCE będzie komunikować się ze mną jest poczta elektroniczna. W związku z tym, przyjmuję do wiadomości, że IBLCE szanuje prywatność jednostki i stosuje w praktyce politykę ochrony prywatności, aby zapewnić zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych zgodnie z najwyższymi standardami. (Zasady Polityki Prywatności IBLCE znajdują się na www.iblce.org.)

Podpis kandydata _____

Data _____